



# ANONIEM BINDEND ADVIES

Partijen : Mevrouw A te B, tegen OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en  
OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA,  
beide te Tilburg

Zaak : Geneeskundige zorg, plastische chirurgie, epilatie bij transitie man-vrouw, erkenning  
zorgaanbieder

Zaaknummer : 201801138

Zittingsdatum : 1 mei 2019

Geschillencommissie Zorgverzekeringen (mr. drs. J.A.M. Strens-Meulemeester, mr. H.A.J. Kroon en mr. L. Ritzema)

(Voorwaarden zorgverzekering 2018, artt. 10 en 11 Zvw, 2.1 en 2.4 Bzv, 2.1 Rzv, Voorwaarden aanvullende ziektekostenverzekering 2018)

---

1. Partijen

Mevrouw A te B, hierna te noemen: verzoekster,

tegen

- 1) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Zorgverzekeraar UA, en
- 2) OWM Centrale Zorgverzekeraars groep Aanvullende Verzekering Zorgverzekeraar UA, beide te Tilburg,  
hierna gezamenlijk te noemen: de ziektekostenverzekeraar.

2. De verzekeringssituatie

- 2.1. Ten tijde van de onderhavige aanvraag was verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar verzekerd tegen ziektekosten op basis van de CZ Zorgkeuzepolis (restitutie) (hierna: de zorgverzekering), een verzekering als bedoeld in artikel 1, onderdeel d, Zorgverzekeringswet (verder: Zvw). Verder was ten behoeve van verzoekster bij de ziektekostenverzekeraar de aanvullende ziektekostenverzekering Top afgesloten (hierna: de aanvullende ziektekostenverzekering). Beide verzekeringen zijn schadeverzekeringsovereenkomsten als bedoeld in artikel 7:925 in samenhang met artikel 7:944 van het Burgerlijk Wetboek (verder: BW).  
De eveneens afgesloten aanvullende verzekering Tandarts is niet in geschil en blijft om die reden verder onbesproken.

3. De bestreden beslissing en het verloop van het geding

- 3.1. Verzoekster heeft bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op epilatie bij transseksualiteit (hierna: de aanspraak). Bij brief van 18 juni 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld dat de aanspraak is afgewezen.
- 3.2. Verzoekster heeft aan de ziektekostenverzekeraar om heroverweging van voormelde beslissing gevraagd. Bij brief van 11 juli 2018 heeft de ziektekostenverzekeraar aan verzoekster medegedeeld zijn beslissing te handhaven.
- 3.3. De Ombudsman Zorgverzekeringen heeft nadien bemiddeld. Dit heeft niet geleid tot een ander standpunt van de ziektekostenverzekeraar.
- 3.4. Bij klachtenformulier van 21 september 2018 heeft verzoekster de Geschillencommissie Zorgverzekeringen (hierna: de commissie) verzocht te bepalen dat de ziektekostenverzekeraar gehouden is de aanspraak alsnog in te willigen, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering (hierna: het verzoek).
- 3.5. Na daartoe in de gelegenheid te zijn gesteld, is door verzoekster het verschuldigde entreegeld van € 37,-- voldaan, waarna de commissie de ziektekostenverzekeraar de mogelijkheid heeft geboden op de stellingen van verzoekster te reageren. Bij dit verzoek waren afschriften van de door verzoekster aan de commissie overgelegde stukken gevoegd.

- 3.6. De ziektekostenverzekeraar heeft de commissie bij brief van 10 januari 2019 zijn standpunt kenbaar gemaakt. Een afschrift hiervan is op 11 januari 2019 aan verzoekster gezonden.
- 3.7. Partijen zijn in de gelegenheid gesteld zich te doen horen. Verzoekster heeft op 11 januari 2019 schriftelijk medegedeeld niet te willen worden gehoord. De ziektekostenverzekeraar heeft op 28 januari 2019 schriftelijk medegedeeld evenmin te willen worden gehoord.
- 3.8. Verzoekster heeft op 11 januari 2019 schriftelijk gereageerd op de brief van de ziektekostenverzekeraar. Ook heeft zij aan de commissie aanvullende informatie gezonden. Afschriften hiervan zijn op 18 januari 2019 aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop bij brief van 28 januari 2019 gereageerd. Een afschrift hiervan is op 31 januari 2019 ter kennisname aan verzoekster gestuurd.
- 3.9. Bij brief van 11 januari 2019 heeft de commissie het Zorginstituut Nederland (hierna: het Zorginstituut) verzocht om advies, als bedoeld in artikel 114, derde lid, Zvw. Bij brief van 12 februari 2019 heeft het Zorginstituut (zaaknummer 2019001673) bij wege van voorlopig advies de commissie geadviseerd het verzoek, voor zover dat ziet op de zorgverzekering, af te wijzen. Het Zorginstituut licht zijn advies als volgt toe: "Op basis van het dossier blijkt niet dat sprake is van een duidelijke nauwe samenwerking tussen de disciplines. De werkwijze van de behandelaars voldoet dan ook niet aan de Standard of Care (2011) van de WPATH (World Professional Association for Transgender Health). Verzoekster is daarom niet redelijkerwijs op de gevraagde zorg aangewezen. Ten overvloede kan worden opgemerkt dat het dossier onvoldoende informatie bevat om te kunnen beoordelen of bij verzoekster sprake is van verminking waardoor zij aanspraak kan maken op vergoeding ten laste van de basisverzekering van de epilatie behandelingen." Een afschrift van het advies van het Zorginstituut is op 13 februari 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn daarbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op dit advies te reageren. Verzoekster heeft de commissie op 18 februari 2019 verzocht om uitstel van de termijn. De commissie heeft haar het gevraagde uitstel verleend. Verzoekster heeft op 21 maart 2019 gereageerd op het voorlopig advies van het Zorginstituut, waarbij zij een toelichting van Transvisie heeft gevoegd. Een afschrift van haar reactie is op 26 maart 2019 ter kennisname aan de ziektekostenverzekeraar gestuurd.
- 3.10. Gezien de door verzoekster ingezonden aanvullende informatie, heeft de commissie op 26 maart 2019 het Zorginstituut afschriften gestuurd van de nagekomen stukken met het verzoek mede te delen of deze nagekomen stukken aanleiding geven tot aanpassing van het voorlopig advies. Bij brief van 4 april 2019 heeft het Zorginstituut aan de commissie het definitief advies uitgebracht. Het Zorginstituut merkt op dat hij adviseert op basis van het dossier dat de commissie aan hem voorlegt. Het Zorginstituut heeft in deze rol geen onderzoeksplicht. Het is aan verzoekster om informatie aan te leveren op basis waarvan het Zorginstituut een advies aan de commissie uitbrengt. Op grond van de informatie in het dossier en openbaar beschikbare informatie (de website van de zorgaanbieder) is het Zorginstituut van oordeel dat niet is gebleken dat de zorgaanbieder zodanige samenwerkingsafspraken heeft dat sprake is van duidelijke nauwe samenwerking tussen disciplines die voldoet aan de WPATH Standard of Care 2001. Als die samenwerkingsafspraken wel zodanig zijn, is het aan de zorgaanbieder om deze openbaar beschikbaar te maken en aan verzoekster om de betreffende informatie toe te voegen aan het dossier. Voorts merkt het Zorginstituut op dat hij in het voorlopig advies - anders dan zoals door Transvisie is gesteld - geen nieuw standpunt heeft ingenomen met betrekking tot de epilatie van de baard bij transseksualiteit. Het Zorginstituut heeft immers geconcludeerd dat niet kan worden beoordeeld of verzoekster voldoet aan de vergoedingscriteria voor behandelingen van plastisch chirurgische aard, en heeft daar ook geen oordeel aan verbonden. Er is geadviseerd tot afwijzing van het verzoek omdat de zorgaanbieder niet voldoet aan de geldende richtlijnen. In het Pakketadvies wordt met name ingegaan op het wettelijke criterium 'verminking'. De conclusie is dat epilatie van de baard in de regel tot de verzekerde prestaties behoort bij transseksualiteit. Dit betekent niet dat per definitie is voldaan aan het criterium verminking.

Een afschrift van dit advies is op 5 april 2019 aan partijen gezonden. Zij zijn hierbij in de gelegenheid gesteld binnen tien dagen op het definitief advies te reageren. Verzoekster heeft op 17 april 2019 op het definitief advies gereageerd. Een afschrift van deze reactie is ter kennisname aan de wederpartij gezonden.

#### 4. Het standpunt en de conclusie van verzoekster

4.1. Verzoekster is een man-vrouw transgender. Zij is hiervoor onder behandeling bij de zorgaanbieder. Verzoekster heeft speciaal voor haar transgendertraject gekozen voor een restitutieverzekering, zodat niet-gecontracteerde zorg 100% zou worden vergoed.

Verzoekster heeft in het kader van haar transgendertraject bij de ziektekostenverzekeraar aanspraak gemaakt op epilatiebehandelingen van het gelaat bij ongewenste baardgroei. De ziektekostenverzekeraar heeft de eerste twee behandelingen vergoed, maar wil de verdere behandelingen niet meer vergoeden.

4.2. De ziektekostenverzekeraar weigert vergoeding van de aangevraagde behandelingen omdat de zorgaanbieder geen deel uitmaakt van een legitiem genderteam. Verzoekster is het hier niet mee eens en verwijst naar de bevindingen van patiëntenorganisatie Transvisie. Deze organisatie heeft bij e-mailbericht van 20 juni 2018 aan verzoekster medegedeeld dat bij de zorgaanbieder sprake is van een team van meerdere specialisten, en dat wordt samengewerkt met artsen en met een genderteam in een ziekenhuis. Daarnaast is er een duidelijke regie tijdens het gehele traject. Op de website van de zorgaanbieder is vermeld dat tussen het VUmc en de zorgaanbieder instroomafspraken zijn gemaakt voor bepaalde delen van de behandeling en begeleiding aan volwassenen. Zo wordt de diagnostiek van de zorgaanbieder in principe overgenomen door het VUmc. De hormoonbehandeling, die na diagnostiek vanuit de zorgaanbieder elders wordt gestart, kan bij volledige overdracht van voorinformatie en zorg in aanmerking komen voor overname door het VUmc. En er kan door de zorgaanbieder voor genderbevestigende chirurgische ingrepen worden verwezen naar het VUmc. De indicatiestelling voor een genderbevestigende behandeling vindt altijd plaats binnen het VUmc. Op 22 juni 2018 heeft de zorgaanbieder schriftelijk verklaard dat hij door de academische teams is erkend als zelfstandig genderteam en gelijkwaardige samenwerkingspartner. De cliënten worden behandeld volgens de Richtlijnen van de WPATH versie 7 en de geleverde zorg is conform de Kwaliteitstandaard Psychische Transgenderzorg. Op grond hiervan hebben de cliënten recht op vergoeding van de verschillende deelaspecten van het transitieproces vanuit de zorgverzekering.

Verzoekster heeft in dit kader per e-mail een vraag gesteld aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut heeft op 17 augustus 2018 geantwoord dat de zorg of de diagnose niet specifiek van het VUmc hoeft te komen. Het gaat erom of de zorg in een multidisciplinair verband wordt gegeven. Hierbij moet worden beoordeeld of de verleende zorg in overeenstemming is met de WPATH Standard of Care-procedure. Het Zorginstituut tekent hierbij aan dat een verzekeraar in de polisvoorwaarden mag bepalen wie de betreffende zorg mag verlenen. In dat geval zijn de polisvoorwaarden leidend.

4.3. Verzoekster licht toe dat zij zich voor haar genderbehandeling in eerste instantie heeft gewend tot het VUmc. Echter, de wachtlijst bedroeg meer dan één jaar. Verzoekster heeft de ziektekostenverzekeraar daarom verzocht om wachtlijstbemiddeling. De ziektekostenverzekeraar heeft hierop geantwoord dat hij voor deze zorg geen wachtlijstbemiddeling aanbiedt vanwege de lange wachtlijst bij het VUmc.

Verzoekster is daarom zelf verder gaan zoeken en heeft zich in november 2017 aangemeld bij de zorgaanbieder. In december 2017 heeft de intake plaatsgevonden, en eind maart 2018 kreeg zij van de zorgaanbieder groen licht. In de tussentijd is zij ingeschreven gebleven bij het VUmc, maar in maart 2018 heeft zij zich daar uitgeschreven, omdat zij geen dubbele behandelaars mag hebben. Verzoekster is inmiddels in een gevorderd stadium van haar transgendertraject. Op grond van de door de zorgaanbieder gestelde diagnose heeft zij reeds officieel haar naam en geslacht laten wijzigen. De endocrinoloog heeft oestrogenen en androcuur voorgeschreven. In maart 2018 is verzoekster begonnen met de real life experience.

Gezien het bovenstaande is het voor haar belangrijk buiten het VUmc te worden behandeld. Daarnaast zouden de reiskosten voor haar een financieel probleem vormen. Ook zorgt het reizen over lange afstanden voor overprikkeling van verzoekster vanwege haar autisme spectrum stoornis.

- 4.4. De huisarts heeft verzoekster op 19 maart 2018 verwezen voor permanente ontharing in verband met genderdysforie. De huidtherapeut heeft op 4 mei 2018 verklaard dat verzoekster last heeft van overbeharing in het gelaat en de hals; de overbeharing kan worden behandeld met een laser. De behandelend psychiater heeft op 24 maart 2018 de volgende verklaring gegeven: *"Uw verzekerde [naam verzoekster] is sedert 8 december 2017 bij mij onder behandeling vanwege Genderdysforie met vastgestelde transseksualiteit. Begin maart 2018 is betrokkene gestart met de tweede diagnostische fase, de zogenaamde Real Life Experience volgens de behandelstandaard van de World Professional Association of Transgender Health 7 (WPATH). In deze fase dient betrokkene ondersteund door een hormoonbehandeling fulltime in het wensgeslacht, betrokkene voelt zich vrouw, te leven. Betrokkene heeft echter een zware baardgroei wat de passabiliteit in de weg staat, dit levert spanningen op in het sociale contact en versterkt haar dysforie. Op grond van haar diagnose bestaat er een medische indicatie betreffende ontharing van het aangezicht. Ik verzoek u daarom betrokkene per ommegaande een machtiging te sturen."*
- 4.5. Verzoekster heeft op 11 januari 2019 aanvullende informatie aan de commissie gezonden, onder andere het rapport 'Transgender zorg - verlichting van knelpunten op de korte termijn' van 21 december 2018. Dit is een 'eerste analyse van de Kwartiermaker Transgender Zorg'. Het is verzoekster niet duidelijk wat de ziektekostenverzekeraar bedoelt met de 'diagnose transseksualiteit', omdat deze diagnose niet bestaat. Wel bestaan de diagnoses gender-incongruentie en genderdysforie. Daarnaast vindt verzoekster het standpunt van de ziektekostenverzekeraar - dat een verzekerde slechts in aanmerking komt voor de voorgestelde behandeling als deze er ernstig onder lijdt - onhoudbaar. Dit zou volgens verzoekster betekenen dat de toegang tot de gewenste zorg wordt onthouden tot het moment dat de gezondheid van betrokkene *"dusdanig is verslechterd dat zij in aanmerking komt voor de psychische diagnose genderdysforie"*. Verzoekster voert aan dat psychotherapie geen vervanging is voor de gewenste fysieke interventies. Zij verwijst hiervoor naar de WPATH Standard of Care. Verzoekster benadrukt dat de zorgaanbieder deel uitmaakt van het landelijke netwerk. Dit blijkt uit de informatie op de website van de ziektekostenverzekeraar. Verzoekster is het niet eens met de ziektekostenverzekeraar dat ontharing een "blijvende drastische lichamelijke verandering" is. Dat daar een landelijke kwaliteitsbewaking voor nodig zou zijn, vindt verzoekster daarom overdreven. Verzoekster concludeert dat de fysieke veranderingen een integraal onderdeel zijn van de door de zorgaanbieder geleverde psychologische zorg. Deze fysieke veranderingen zijn noodzakelijk om te voldoen aan de voorschriften van de WPATH Standard of Care. Verzoekster vindt dat er geen sprake is van zinvolle zorg wanneer zorg voor mensen met genderproblematiek wordt aangeboden zonder toegang tot fysieke veranderingen. De behandelend psycholoog/psychotherapeut heeft op 13 januari 2019 per e-mail verklaard dat verzoekster wordt behandeld onder de code 'incongruente genderidentiteit'. Dit wordt in het declaratiesysteem geregistreerd als '302.85 - Genderdysforie bij adolescenten of volwassenen'. Deze zorg mag de zorgaanbieder ook leveren. Verzoekster mag volgens de behandelend psycholoog/psychotherapeut het hele traject bij de zorgaanbieder doorlopen.
- 4.6. Verzoekster heeft op 21 maart 2019 de brief van Transvisie van 21 februari 2019 aan de commissie gezonden. In deze brief merkt Transvisie op dat het Zorginstituut geen informatie heeft opgevraagd bij de zorgaanbieder, maar zich heeft beperkt tot de gegevens uit een informatief bericht op diens website. De conclusie van het Zorginstituut dat de zorgaanbieder niet voldoet aan de richtlijnen vindt Transvisie daarom onbegrijpelijk. Daarnaast wordt door het Zorginstituut erkend dat het dossier van de ziektekostenverzekeraar niet volledig is. Desondanks wordt een oordeel gegeven over de voorliggende casus. Transvisie is verder van mening dat het voorlopig advies ten aanzien van verminking haaks staat op het eerder ingenomen standpunt ter zake van het toenmalige College voor Zorgverzekeringen (de voorganger van het Zorginstituut), omdat daaruit volgde dat epilatie van de baard niet in uitzonderingsgevallen is aangewezen bij transgenders man-vrouw, maar dat dit juist de regel is.

Transvisie merkt voorts op dat het Zorginstituut de actuele ontwikkelingen in de transgenderzorg niet heeft meegenomen in het voorlopig advies. Transvisie is van oordeel dat de zorgaanbieder voldoet aan de definitie van regiebehandelaar zoals die te lezen is in het rapport van Zorgvuldig Advies (aangesteld als kwartiermaker transgenderzorg) van 22 januari 2019: *“een regiebehandelaar [is] een inhoudelijk betrokken behandelaar die verantwoordelijk is voor regie en coördinatie van het gehele zorgtraject. Deze regiebehandelaar draagt er zorg voor dat de verrichtingen en activiteiten van alle betrokkenen op elkaar zijn afgestemd en dat op het juiste moment de juiste expertise wordt betrokken, zo nodig in een multidisciplinair overleg. Het overleg tussen betrokken behandelaren is gericht op gezamenlijke besluitvorming.”* Daarnaast is de Nederlandse Vereniging van Huidtherapeuten sinds vorig jaar bezig een richtlijn te ontwikkelen voor huidtherapie aan transgender personen. Over die richtlijn is overleg met VUmc en zorgverzekeraars geweest in 2018 en 2019. Transvisie erkent dat deze ontwikkelingen (nog) geen formele status hebben, en dus geen deel kunnen uitmaken van een formeel toetsingskader voor het Zorginstituut. Maar volgens Transvisie zou enige terughoudendheid hier passen, om te voorkomen dat het Zorginstituut uitgebreid overleg tussen maatschappelijke partners doorkruist.

4.7. Verzoekster komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden toegewezen.

5. Het standpunt en de conclusie van de ziektekostenverzekeraar

5.1. Op grond van de zorgverzekering bestaat aanspraak op laserbehandeling als is voldaan aan de voorwaarden die gelden voor plastische chirurgie. Deze zorg komt voor vergoeding in aanmerking bij correctie van de primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit, verminking, of een aantoonbare lichamelijke functiestoornis. Deze voorwaarden zijn uitgewerkt in de landelijke richtlijn VAGZ 'Werkwijzer beoordeling behandelingen van plastisch-chirurgische aard'. De zorg wordt alleen vergoed als betrokkene hierop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. Daarnaast moet de zorg doelmatig zijn. Het moet voor betrokkene de minst ingrijpende en noodzakelijke behandeling zijn.

5.2. Vergoeding voor plastische chirurgie is onder voornoemde voorwaarden pas mogelijk nadat een 'expertmening' is aangeleverd van een genderteam. In de VAGZ Werkwijzer staat dat diagnostiek en behandeling moeten worden uitgevoerd volgens de internationale richtlijnen voor de behandeling en begeleiding van transseksuelen van de HBIGDA/WPATH, en door een multidisciplinair samengesteld genderteam in een centrum dat gespecialiseerd is op het gebied van geprotocolleerde behandeling van transseksuelen. Essentieel is dat er een duidelijke regie is gedurende het hele behandeltraject.

Een samengesteld team van specialisten (het genderteam) moet de diagnose stellen in het kader van een traject van diagnostiek, behandeling met geslachtshormonen en eventueel een medische behandelfase met mogelijk chirurgische ingrepen. Een behandeling is pas aan de orde nadat door het genderteam de diagnose is gesteld die een indicatie vormt voor verdere behandeling. De erkende gendercentra zijn het VUmc, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en het UZ Gent.

Verzoekster heeft gekozen voor een andere zorgaanbieder. Het is de ziektekostenverzekeraar niet gebleken dat deze zorgaanbieder voldoet aan het criterium van multidisciplinaire samenwerking binnen een netwerk van transgenderzorg met voldoende kennis en gegevensuitwisseling. De zorgaanbieder stelt samen te werken met de genderteams van het VUmc, UMCG en UZ Gent. De ziektekostenverzekeraar heeft bij het VUmc nagevraagd hoe de samenwerking is geregeld. Hieruit is gebleken dat het VUmc inderdaad afspraken heeft met de zorgaanbieder, maar deze zien op de psychologische onderzoeken die de zorgaanbieder uitvoert. Hierbij is afgesproken dat het VUmc de informatie van de zorgaanbieder kan gebruiken als een goed verslag van de psychologische interventies is opgesteld. Deze informatie wordt door het VUmc gebruikt in het diagnostisch traject. Het VUmc blijft ook dan zelf de diagnosestelling doen en geeft zelf de indicaties voor de vervolghandelingen.

De zorgaanbieder wordt door de ziektekostenverzekeraar erkend voor de geleverde psychologische zorg in het kader van genderproblematiek. De kosten hiervan worden ook door hem vergoed.

Indien echter de zorg leidt tot blijvende drastische lichamelijke veranderingen is een landelijke

kwaliteitsbewaking noodzakelijk. Er bestaat hiervoor in Nederland al een netwerk en de ziektekostenverzekeraar vindt het erg belangrijk dat instellingen die de indicatie stellen voor deze ingrijpende lichamelijke veranderingen binnen dit netwerk functioneren. Vooral nog maakt de zorgaanbieder geen deel uit van dit netwerk. Daarom vindt de ziektekostenverzekeraar de kwaliteitsborging voor dit specifieke onderdeel van de zorg nog onvoldoende.

In de situatie van verzoekster is de indicatie voor de laserontharing niet gegeven door het VUmc, maar door de zorgaanbieder. Aangezien de zorg niet is geïndiceerd in het kader van de geprotocolleerde diagnostiek en behandeling door een erkend genderteam, heeft verzoekster geen aanspraak op de aangevraagde behandeling. Hierdoor wordt niet toegekomen aan de vraag of verzoekster op grond van passabiliteitsproblematiek is aangewezen op laserontharing.

5.3. Alleen de diagnose transseksualiteit is onvoldoende als indicatie voor verdergaande behandelingen. Slechts als betrokkene hieronder ernstig lijdt en de voorgestelde behandeling redelijkerwijs tot een verbetering van de klachten kan leiden is betrokkene hierop aangewezen. Omdat de zorgaanbieder nog niet volledig aan de huidige Nederlandse normen voldoet voor borging van kwaliteit, is de ziektekostenverzekeraar van mening dat hij niet de indicatie kan stellen voor geslachtsveranderende behandelingen.

5.4. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van de kosten van laserontharing tot maximaal € 570,-.

5.5. De ziektekostenverzekeraar heeft bij brief van 28 januari 2019 toegelicht dat de kwartiermakers die het door verzoekster toegestuurd rapport hebben opgesteld niet zijn aangesteld door het Ministerie van VWS, maar door Zorgverzekeraars Nederland. Vanuit de zorgverzekeraars was er ook de wens om het voor de transgenders in Nederland beter te regelen. Eén van de problemen (naast capaciteit) was het niet "vorderen" van een Zorgstandaard. Er was zeker geen financiële reden dat dit niet van de grond kwam. De ziektekostenverzekeraar benadrukt dat de meeste zorgverzekeraars (ook de ziektekostenverzekeraar) deze zorg inkochten zonder productieplafond. Het belangrijkste punt dat partijen verdeeld houdt, is de discussie over de verhouding tussen kwaliteit van zorg en snelheid van behandelen. Vanuit de optiek van de ziektekostenverzekeraar is met name bij lichamelijke veranderingen die niet omkeerbaar zijn kwaliteit belangrijker dan snelheid.

5.6. De ziektekostenverzekeraar komt tot de conclusie dat het verzoek dient te worden afgewezen.

## 6. De bevoegdheid van de commissie

6.1. Gelet op artikel A.22 van de zorgverzekering en de aanvullende ziektekostenverzekering is de commissie bevoegd van het geschil kennis te nemen en daarover, zowel ten aanzien van de zorgverzekering als ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering, bindend advies uit te brengen.

## 7. Het geschil

7.1. In geschil is of verzoekster aanspraak heeft op epilatie bij transseksualiteit, ten laste van de zorgverzekering dan wel de aanvullende ziektekostenverzekering.

## 8. Toepasselijke verzekeringsvoorwaarden en regelgeving

8.1. Voor de beoordeling van dit geschil zijn de volgende verzekeringsvoorwaarden en regelgeving relevant.

8.2. De zorgverzekering betreft een restitutiepolis, zodat de verzekerde kan gebruikmaken van niet-gecontracteerde zorg. De aanspraak op vergoeding van zorg of diensten is geregeld in de artikelen B.1 e.v. van de zorgverzekering.

- 8.3. Artikel B.4.5 van de zorgverzekering bepaalt wanneer en onder welke voorwaarden aanspraak op plastische chirurgie bestaat en luidt, voor zover hier van belang:

**“Zorg: waar hebt u recht op?”**

*De zorg omvat behandelingen van plastisch-chirurgische aard volgens de standaard van plastisch chirurgen. Het kan gaan om zorg met of zonder opname. Het gaat om correcties van:*

- *afwijkingen in uw uiterlijk die aantoonbare lichamelijke functiestoornissen veroorzaken. Het gaat hierbij om lichamelijke klachten waarvan door onderzoek is vastgesteld (objectief) dat ze zijn ontstaan door de te corrigeren lichamelijke afwijking. Een voorbeeld hiervan is: onbehandelbare, continue aanwezige smetplekken in de huidplooi bij een forse overhang van de buik.*

- *verminderingen die zijn ontstaan door ziekte, een ongeval of een geneeskundige verrichting (bijvoorbeeld een operatie). Hiervan is sprake als het gaat om een ernstige misvorming die in het dagelijkse leven meteen opvalt, bijvoorbeeld: misvorming door brandwonden en geamputeerde (afgezette) benen, armen of borsten.*

*(...)*

- *primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit;*

*(...)*

**Voorwaarden**

**Algemeen**

*De VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen.*

*(...)*

**Verwijzing**

*U bent voor aanvang van de behandeling verwezen door een huisarts, arts verstandelijk gehandicapten, specialist ouderengeneeskunde, medisch specialist, verpleegkundig specialist, physician assistant, jeugdarts of bedrijfsarts.*

*(...)*”

- 8.4. In artikel A.3.2 van de zorgverzekering is bepaald dat alleen aanspraak bestaat op zorg indien de verzekerde - gezien zijn indicatie - naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg. De te verlenen zorg moet doelmatig zijn.

- 8.5. De artikelen A.3.2 en B.4.5 van de zorgverzekering zijn volgens artikel A.2.4 van de zorgverzekering gebaseerd op de Zorgverzekeringswet (Zvw), het Besluit zorgverzekering (Bzv) en de Regeling zorgverzekering (Rzv).

- 8.6. Artikel 11, eerste lid, Zvw bepaalt dat de zorgverzekeraar jegens zijn verzekerden een zorgplicht heeft. Degene die is verzekerd op basis van een zuivere restitutiepolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit vergoeding van de kosten van de zorg of de overige diensten waaraan hij behoefte heeft alsmede, desgevraagd, activiteiten gericht op het verkrijgen van deze zorg of diensten. Degene die is verzekerd op grond van een naturapolis heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet, krachtens de zorgverzekering recht op prestaties, bestaande uit de zorg of overige diensten waaraan hij behoefte heeft. Naast zuivere restitutiepolissen en naturapolissen bestaan er combinatiepolissen, waarbij de invulling van de zorgplicht per dekkingsrubriek verschilt. Verzekerden op basis van een zuivere restitutiepolis hebben, op grond van artikel 2.2, tweede lid, onder b, Bzv aanspraak op vergoeding van de betreffende kosten, tenzij deze hoger zijn dan in de Nederlandse marktomstandigheden passend is te achten. Voor de naturapolissen en combinatiepolissen stelt de zorgverzekeraar, overeenkomstig artikel 13, eerste en tweede lid, Zvw, de vergoeding vast in het geval de verzekerde gebruik maakt van een niet door de zorgverzekeraar voor die zorg of dienst gecontracteerde aanbieder, en deze neemt hij op in zijn verzekeringsvoorwaarden. Hierbij houdt de zorgverzekeraar rekening met eventueel van toepassing zijnde eigen bijdragen.

Plastische chirurgie is naar aard en omvang geregeld in artikel 2.4 Bzv en verder uitgewerkt in artikel 2.1 Rzv.

Artikel 2.1, derde lid, Bzv bepaalt dat de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht heeft voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.



8.7. De Zvw, het daarop gebaseerde Bzv en de Rzv, schrijven dwingend voor welke prestaties onder de zorgverzekering verzekerd dienen te zijn. De verzekerde die een zorgverzekering sluit heeft recht op niet meer of minder dan deze prestaties. De zorgverzekering is in dit opzicht een bijzondere, van overheidswege gereguleerde vorm van schadeverzekering. Het staat de ziektekostenverzekeraar niet vrij een dekking te bieden die hetzij ruimer dan wel beperkter is dan op grond van het bij of krachtens de Zvw bepaalde is voorgeschreven. De hiervoor beschreven regeling, zoals opgenomen in de zorgverzekering, strookt met de toepasselijke regelgeving.

8.8. Artikel D.10.2 van de aanvullende ziektekostenverzekering regelt de aanspraak op ontharing en luidt, voor zover hier van belang:

**"Zorg: waar hebt u recht op?"**

*Wij vergoeden het verwijderen van extreme haargroei in het gezicht en/of in de hals bij vrouwen bijvoorbeeld door elektrische epilatie of lasertechniek. Hoeveel wij vergoeden staat op uw Vergoedingen Overzicht.  
(...)"*

In het Vergoedingen Overzicht is bepaald dat de vergoeding maximaal € 570,- bedraagt gedurende de looptijd van de verzekering.


9. Beoordeling van het geschil

**Ten aanzien van de zorgverzekering**


9.1. Op grond van artikel B.4.5 van de zorgverzekering bestaat aanspraak op plastische chirurgie indien sprake is van een aantoonbare lichamelijke functiestoornis, verminking of correctie van primaire geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit. In dit artikel is voorts bepaald dat de VAGZ Werkwijzer wordt gehanteerd bij alle plastisch chirurgische ingrepen. Daarnaast is in artikel A.3.2 van de zorgverzekering bepaald dat verzekerde gezien zijn indicatie redelijkerwijs moet zijn aangewezen op de betreffende zorg. Gezien het standpunt van de ziektekostenverzekeraar dient eerst te worden vastgesteld of bij verzoekster sprake is van een op de juiste wijze, volgens een daartoe bevoegde zorgaanbieder vastgestelde indicatie.

9.2. Het toenmalige College voor zorgverzekeringen (CVZ), nu het Zorginstituut, heeft in diverse adviezen geconcludeerd dat het bij een transgenderbehandeling essentieel is dat er een duidelijke regie is gedurende het gehele behandeltraject, omdat het een ingrijpend traject betreft dat altijd multidisciplinaire samenwerking vereist. Conform de internationale richtlijn, de Standard of Care (hierna: SOC) van de WPATH, voorheen HBGDA, moet bij de behandeling en indicatiestelling sprake zijn van de centrale regie van een deskundige psychiater/psycholoog. Een geprotocolleerde behandeling door een genderteam in een gespecialiseerd centrum geeft hiertoe garantie, maar voor een goede regie is niet per definitie samenwerking in één centrum noodzakelijk.

9.3. Het Zorginstituut heeft in het voorlopig advies van 12 februari 2019 toegelicht dat de betrokken zorgaanbieder mogelijk voldoet aan het 'mental health professional' deel van de WPATH SOC, maar dat het team geheel bestaat uit GGZ-deskundigen (het team is dus niet multidisciplinair). Verder geeft de SOC aan dat de psychiater/psycholoog tezamen met de medicus die de hormonale therapie geeft en de chirurgische behandeling uitvoert de verantwoordelijkheid voor de behandeling draagt. De zorgaanbieder heeft weliswaar afspraken met genderteams en stelt te beschikken over een netwerk van samenwerkende artsen, maar werkt overigens geheel zelfstandig en onafhankelijk. De samenwerking bestaat volgens de webpagina 'samenwerking Stepwork Transgenderzorg met VUmc en UCG' van 11 mei 2018, uit het eventueel door VUmc/UMCG overnemen van de behandeling met medenemen van door Stepwork uitgevoerde diagnostiek. Er zijn geen aanwijzingen van gezamenlijk onder duidelijke regie in overleg genomen beslissingen over de




voortgang van de behandeling, aldus het Zorginstituut. Het Zorginstituut concludeert dat niet is gebleken van een duidelijke, nauwe samenwerking tussen de disciplines. De werkwijze van de zorgaanbieder voldoet dan ook niet aan de SOC (2011) van de WPATH. Derhalve staat niet vast dat verzoekster redelijkerwijs op de gevraagde zorg is aangewezen. De commissie neemt het advies van het Zorginstituut over en maakt de conclusie hiervan tot het hare.

- 
- 9.4. Gezien het bovenstaande heeft verzoekster geen aanspraak op de aangevraagde epilatie bij transseksualiteit ten laste van de zorgverzekering. Aan de beoordeling of bij verzoekster sprake is van verminking zoals bedoeld in artikel B.4.5 van de zorgverzekering wordt daarom niet toegekomen.




#### Ten aanzien van de aanvullende ziektekostenverzekering

- 
- 9.5. Op grond van de aanvullende ziektekostenverzekering bestaat aanspraak op vergoeding van maximaal € 570,- voor ontharingsbehandelingen. De ziektekostenverzekeraar heeft reeds toegezegd dat verzoekster hierop aanspraak heeft. De aanvullende ziektekostenverzekering biedt geen mogelijkheid tot het verlenen van een hogere vergoeding.




#### Conclusie

- 
- 9.6. Het voorgaande leidt ertoe dat het verzoek dient te worden afgewezen.

- 
10. Het bindend advies

- 
- 10.1. De commissie wijst het verzoek af.

Zeist, 1 mei 2019,



J.A.M. Strens-Meulemeester